



LOS ANGELES COUNTY-DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
Información suministrada por parte interesada sobre cliente de DMH

**SI ESTA ES UNA EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA,
POR FAVOR, LLAME AL CENTRO DE ACCESO DE DMH AL 1 800 854-7771 O
AL 911.**

¿Se le ha comunicado al cliente que se completará este formulario? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nombre de la persona que llena el formulario:	Fecha:
Relación con el cliente:	Número de teléfono:
Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento:
En caso de que se haya firmado el descargo correspondiente, deseo que me contacten en relación con la información brindada en este formulario. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Por favor, detalle inquietudes específicas o información que desea comunicarnos.	
¿Tiene alguna inquietud adicional que desee comunicarnos en relación con alguno de los siguientes aspectos? (Por favor, agregue hojas adicionales si es necesario).	
<input type="checkbox"/> Situación de vivienda <input type="checkbox"/> Asuntos legales <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Medicamento/s <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Conducta <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento <input type="checkbox"/> Otro:	
Si marcó alguna de las opciones anteriores, por favor, detalle sus inquietudes.	

Comprendo que al llenar este formulario estaré ayudando a suministrar información a los miembros del plan de tratamiento del cliente. Es posible que la fuente de esta información sea compartida con el cliente según lo que determine el equipo de tratamiento.

Firma

Fecha

POR FAVOR, ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO POR FAX A DMH-OFFICE OF CONSUMER AND FAMILY AFFAIRS: (213) 252-8767. SI DESEA HABLAR CON UN CONSEJERO DE FAMILIA DE DMH, POR FAVOR, LLAME AL (213) 738-3948.